

A váll intraarticularis eltéréseinek MR diagnosztikája

Mester Ádám

A váll belső stabilizátorai a felső-középső-alsó gleno-humerális szalagok. Sérülékenyebbek a capsularis rostok, a biceps ín hosszú feje és a labrum, továbbá a csontos glenoid elemek és a humerus fej. A capsularis rostok részleges sérülése (instabilitás, trauma) az állomány felrostozódásához, megvastagodásához, fibrotikus zsugorodásához vezethet, ilyenkor alakul ki az adhesiv capsulitis.

Hill-Sachs (törés, beroppanás-, defektus-, lézió) a humerusfej és acromion és/vagy a humerusfej és az anterior glenoid csontos széle közötti ütközés(ek) következménye, impingement vagy anterior luxatio(k) kapcsán. A reverz Hill-Sachs lézió (Mc Laughlin jel) ritkábban alakul ki, a hátsó luxáció (hátsó instabilitás) miatti ütközés(ek) következtében. A CT-vel látható valódi csontos, nagyobb beroppanások mellett csontvelő ödémás kisebb léziók is kimutathatók MR vizsgálattal.

Bankart törés anterior luxatio következtében alakul ki, hátsó luxatiót követően pedig a reverz Bankart törés. Megtartott periosteummal járó formája a Perthes sérülés. Csontérintettség nélküli Bankart sérülés labrum szakadással jár, melynek kimutatásához indirekt arthrographa szükséges. Ennek során 20 perccel a vizsgálat előtt intravénás kontrasztanyag beadásra kerül sor, melyet fájdalommal nem járó mértékű vállízületi lassú torna követ. Ennek során a synoviális folyadékba Gadólińium jut és így a jobb felbontású T1 szekvenciákkal sokkal kisebb sérülések is kimutathatók, mint az ízületben lévő folyadékon alapuló gyenge felbontású T2 szekvenciával.

A labrum sérülés formái: SLAP (Superior Labral tear from Anterior to Posterior), mely a biceps ín eredésre is (II, és IV. típus) terjedhet, ALPSA (Anterior Labral Periosteal Sleeve Avulsion), GLAD (glenolabral articular disruption), GLOM (Glenoid Labrum Ovoid Mass), GARD (Glenoid rim ARticular Divot), HAGL (Humeral Avulsion of the inferior Glenohumeral Ligament), BHAGL, (Bony HAGL), Bennett lézió (postero-inferior capsularis lézió folytán kialakult enthesophyta). Ilyen klinikai kérdés pontos megfogalmazása azért fontos, mert a rutin beállítástól eltérő ABER (ABduction External Rotation) pozícióban kell a vizsgálatot végezni. Megtévesztő lehet a Buford Complex fejlődési variáció: eleve hiányzik a labrum antero-superior része, a középső gleno-humeralis szalag pedig kötegesen megvastagodott. Diagnosztikai csapda lehet még a sublabralis recessus, melyet synovialis plica okoz a biceps hosszú ín eredése és a glenoid fossa szögletében. Ebben az esetben azonban a megtartott labrum alatt látható (és nem a labrum állományában) a kontrasztanyag.

Belső impingement szindrómák esetében – sporttevékenység során – erőltetett abdukció és kifelé rotáció során a humerus fej és a csontos glenoid kontúr közé beszoruló supraspinatus (esetleg az infrspinatus) ín kerül harapófogóba. Coraco-humeralis impingement estében a suscapularis ínat éri ütközési behatás.

Vállízületi egyéb betegségek, illetve szisztémás kórképek manifesztációi natív, és ezt követő kontrasztanyagos MR szekvenciákkal tisztázhatók: RA, SPA, JIA, SLE, arthrosis, kristály arthropathiák, avascularis necrosis, Milwaukee szindróma, amyloidosis, neurogén osteoarthropathia mellett PVNS (pigmentált villonodularis synovitis), ochronosis, septikus arthritis, myeloma, lymphoma.